

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 198

DES INDURATIONS PLASTIQUES

des

CORPS CAVERNEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AIMÉ CHEVALLIER

Ex-préparateur de Clinique médicale

Licencié ès sciences

Né aux Avenières (Isère), le 19 août 1875



LYON

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DU SALUT PUBLIC

71, RUE MOLIERE, 71

—
1904

DES INDURATIONS PLASTIQUES

des

CORPS CAVERNEUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

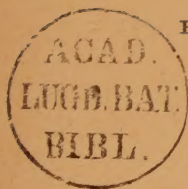
PAR

AIMÉ CHEVALLIER

Ex-préparateur de Clinique médicale

Licencié ès sciences

Né aux Avenières (Isère), le 19 août 1875



LYON

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DU SALUT PUBLIC

71, RUE MOLIERE, 71

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.

HUGOUNENQ.

DOYEN

ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.
Cliniques chirurgicales
Clinique obstétricale et Accouchements.
Clinique ophthalmologique
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
Clinique des maladies mentales
Clinique des maladies des enfants
Physique médicale
Chimie médicale et pharmaceutique
Chimie organique et Toxicologie
Matière médicale et Botanique
Parasitologie
Anatomie
Anatomie générale et Histologie.
Physiologie.
Pathologie interne
Pathologie externe
Pathologie et Thérapeutique générales
Anatomie pathologique.
Médecine opératoire.
Médecine expérimentale et comparée.
Médecine légale
Hygiène
Thérapeutique.
Pharmacologie.

MM. LÉPINE.
BONDET.
BARD.
PONCET.
JABOULAY.
X.
X.
GAILLETON.
PIERRET.
VEILL.
MONOYER.
HUGOUNENQ.
CAZENEUVE.
BEAUVISAGE.
LORTET.
TESTUT.
RENAUT.
MORAT.
TEISSIER.
AUGAGNEUR.
MAYET.
TRIPIER.
POLLOSSON (M.).
ARLOING.
LACASSAGNE.
COURMONT (J.).
SOULIER.
FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire

M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes
Maladies des voies urinaires.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx
Propédeutique médicale
Propédeutique chirurgicale
Propédeutique de gynécologie
Anatomie pathologique
Accouchements.
Matière médicale.
Anatomie topographique
Embryologie

POLLOSSON (A.), agrégé.
CHANDELUX, id.
LANNOIS, id.
ROQUE, id.
ROLLET, id.
CONDAMIN, id.
DEVIC, id.
FABRE, id.
MOREAU, id.
DURAND, id.
REGAUD, id.

AGRÉGÉS

MM. ROUX.
COLLET.
BOYER.
BARRAL.
MOREAU.

MM. VALLAS.
SIRAUD.
DURAND.
PIC.
PAVIOT.

MM. NOVE-JOSSERAND.
BÉRARD.
SAMBUC.
BORDIER.
COURMONT (P.).

MM. CHATIN.
VILLARD.
TIXIER.
FABRE.
REGAUD.
CAUSSE, ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), président ; M. ARLOING, assesseur ;
MM. SIRAUD et TIXIER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ARLOING

Professeur de Médecine expérimentale
Directeur de l'Ecole vétérinaire, Correspondant de l'Institut
Associé national de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON
Chirurgien des Hôpitaux

INTRODUCTION

Avant d'aborder notre sujet, c'est un devoir pour nous de remercier nos maîtres à la Faculté et dans les hôpitaux.

Nous avons été préparateur de la clinique de M. le professeur Lépine, nous n'oublierons pas les deux années passées à son laboratoire.

Pendant deux autres années nous avons été le préparateur particulier de M. le professeur Arloing, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance pour les marques d'intérêt et de sympathie qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Nous remercions aussi M. le professeur M. Pollosson pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse.

Nous sommes heureux de pouvoir témoigner ici notre vive gratitude à M. le professeur agrégé Siraud, dont la bienveillance nous fut toujours acquise.

M. le professeur J. Courmont et MM. les professeurs agrégés Villard et Durand nous furent d'un grand secours dans des circonstances difficiles; si nous pouvons aujourd'hui soutenir notre thèse c'est à eux que nous le devons; qu'ils veuillent bien croire à toute notre reconnaissance.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur agrégé Rochet, chirurgien des hôpitaux, qui a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse; qu'il daigne en accepter l'hommage.

Nous n'aurons garde d'oublier aussi :

Notre cousin Trillat, interne des hôpitaux, qui ne nous a pas ménagé son temps pour la mise au point de ce travail;

Notre ami le docteur Lacomme, dont l'aide nous fut si précieuse;

Et tous nos camarades avec lesquels nous avons vécu de si joyeuses années.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

On a décrit, sous ce nom, une série de tumeurs fibreuses, bien distinctes du cancer, qui se trouvent soit à la superficie, soit dans la profondeur des corps caverneux.

Les observations en sont rares ; M. le professeur agrégé *Rochet* a pu en observer cinq cas, soit dans sa clientèle privée, soit dans son service des maladies des organes génito-urinaires, à l'hospice de l'Antiquaille.

Ce sont ces cinq observations qui ont été le point de départ de ce travail.

L'induration des corps caverneux est connue depuis longtemps. *La Peyronie* publia, en 1747, un mémoire devant l'Académie de chirurgie, « sur quelques tumeurs qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence », dans lequel on trouve cinq observations de nodosités des corps caverneux.

La symptomatologie et les conséquences sont bien

décrites par cet auteur, et depuis, on a eu peu de choses à ajouter à ce chapitre.

D'après *La Peyronie*, « cette maladie, qui n'est point rare parmi les hommes d'un âge avancé, surtout parmi ceux qui se sont trop abandonnés à la vivacité de leur tempérament, est aussi quelquefois les suites de la maladie vénérienne. » Ainsi, pour *La Peyronie*, l'irritation locale trop souvent répétée, l'abus des plaisirs de l'amour sont les facteurs étiologiques principaux ; la syphilis, la blennorrhagie, les facteurs secondaires de la sclérose des corps caverneux.

Il ne faut cependant pas prendre au pied de la lettre les termes employés par La Peyronie. A cette époque, les mots de syphilis et de blennorrhagie n'avaient pas la signification précise qu'ils ont actuellement. On les employait souvent l'un pour l'autre.

La Peyronie fut pourtant un des meilleurs cliniciens de son époque, et à propos du sujet qui nous occupe, il range ces tumeurs au nombre des maladies syphilitiques, bien qu'il n'ait pu en obtenir la guérison, malgré un traitement intensif, chez des syphilitiques dont toutes les autres lésions avaient guéri. Aussi en fait-il une lésion à part, quoique vénérienne.

Au commencement du xix^e siècle, on retrouve cette affection signalée dans la plupart des auteurs de cette époque. Les auteurs des compendium, *Bérard*, *Boyer*, *Vidal de Cassis*, décrivant les inductions, ajoutent quelques faits au travail d'ensemble précédent, mais sans donner une description complète.

En 1847, *Ricord*, dont la pratique clinique considérable s'élevait à une vingtaine de cas, propose de les diviser en quatre catégories :

Les indurations traumatiques,

Les indurations inflammatoires (surtout blennorrhagiques),

Les indurations syphilitiques,

Les indurations plastiques.

Ricord rangeait sous ce dernier titre une variété spéciale qu'il attribuait à une suffusion plastique indépendante de toute condition inflammatoire et dont la cause lui échappait.

En 1840, du reste, il avait déjà étudié, dans le *Bulletin général thérapeutique*, ces indurations qu'il considérait comme toujours secondaires à l'inflammation et au traumatisme. C'est ainsi qu'il dit les avoir observé, à la suite de la blennorrhagie phlegmoneuse, de la rupture d'un corps caverneux, ou enfin des gommès cicatrisées.

Il considère le mécanisme de leur production comme facile à comprendre. Les phlegmons gonorrhéiques s'accompagnant de phlébite des corps caverneux, laissent après eux des indurations cicatricielles persistantes, déformations analogues à celles qui causent les rétrécissements de l'urètre.

Les ruptures laissent une cicatrice fibreuse formant nodus. Quant à la sclérose consécutive aux gommès, son processus n'a rien de particulier au niveau des corps caverneux. Et *Ricord* faisant allusion à l'étonnement de *La Peyronie* au sujet des syphilitiques avérés dont toutes les manifestations,

sauf l'induration des corps caverneux, avaient guéri, s'explique facilement cette absence d'action du traitement, puis des cicatrices de gommes disparues.

Tous les vénéréologues de l'époque admirent sans contester la classification de *Ricord*. Il ne semble pas, du reste, qu'ils aient accordé grande attention à ces indurations. *Fournier*, *Diday*, *Robert* n'ont pas apporté des nouveaux faits.

Il faut chercher dans la littérature étrangère pour trouver des traces de cette affection. En 1850, *Kirby*, médecin de Dublin, publia quatre cas d'induration des corps caverneux sous le titre « *Affections particulières du pénis* ». C'est la première fois qu'un auteur isolait parmi les indurations des corps caverneux une classe spéciale, qui ne relevait ni de la blennorrhagie, ni de la vérole.

Ricord, il est vrai, avait déjà décrit dans le travail signalé plus haut, une classe spéciale d'induration plastique, mais le médecin de Dublin ne s'est pas contenté des termes vagues employés dans le travail de *Ricord* qu'il paraît, d'ailleurs, n'avoir pas connu.

Il considère, en effet, ces indurations comme la manifestation locale d'un état constitutionnel, l'arthritisme.

Dans les cas qu'il observa, les malades présentaient tous les symptômes de la goutte ; il publie même le cas très curieux d'un malade dont les indurations de la verge coïncidaient avec des nodosités de l'aponévrose palmaire et des gaines tendineuses. Comme ces dernières lésions sont manifestement

dues à de l'arthritisme, *Kirby*, au nom de la loi de la pathologie générale, rattache les lésions du pénis concomitantes à la même diathèse, et plus spécialement à la goutte.

Le mémoire de *Kirby* doit donc faire date dans l'histoire des nodus des corps caverneux. C'est avec cet auteur que, pour la première fois dans la littérature, on considère les indurations de la verge comme une maladie du système fibreux. A *Kirby* revient l'honneur d'une nouvelle conception pathogénique et anatomique de ces tumeurs. Malheureusement il n'y eut pas d'examen histologique.

Cependant l'opinion de *Kirby* ne prévalut pas en France, et *Diday* qui analysa son mémoire, critiqua avec la verve qu'on lui sait l'hypothèse étiologique du chirurgien de Dublin. Il persista à considérer les nodosités des corps caverneux comme toujours liées à une affection vénérienne : syphilis ou blennorrhagie ; aucun de ses malades n'ayant eu la goutte. Il explique les cas de *Kirby* par une simple coïncidence entre l'arthritisme et les indurations plastiques, et non une relation de cause à effet.

La vive attaque de *Diday* eut pour résultat de faire tomber dans l'oubli l'hypothèse de *Kirby*, aucun auteur qui suivit n'attacha à l'idée de l'étiologie goutteuse l'importance qu'elle méritait, et la question des indurations du pénis qui semblait devoir s'éclaircir, retomba dans le chaos du début.

Aussi, voyons-nous *Galligo*, en 1852, ne reconnaître à ces indurations que deux causes étiologiques, que deux origines traumatiques ou vénériennes. *Scholtz*

et *Forget*, à la Société de chirurgie, rapportent, des cas de blennorrhagie, de syphilis, ayant entraîné des indurations, sans parler de la goutte.

En 1859, *Nélaton*, dans son *Traité de pathologie externe*, ne parle que des excès vénériens comme étiologie ; il considère que le traumatisme joue le plus souvent un grand rôle dans le produit des indurations, par rupture de quelques mailles du tissu caverneux.

En 1877, *Demarquay* consacre, dans son *Traité des maladies chirurgicales du pénis*, un chapitre important à l'induration plastique des corps caverneux, mais il ne soulève aucune question originale ; il déclare fausse l'hypothèse de *Kirby* et attribue les indurations à la blennorrhagie, la syphilis et au traumatisme.

Cependant, à l'étranger, le travail de *Kirby* avait éveillé l'attention des cliniciens, et en 1879 *Cameron* lut à la Société médico-chirurgicale de Glasgow un mémoire sur les tumeurs goutteuses du pénis. Il rapporte l'observation d'un malade en tous points comparable à celui de *Kirby*, qui présentait, depuis deux ans, une nodosité palmaire prononcée avec rétraction d'un doigt. De plus, il fait connaître une série d'observations publiées en Angleterre, dans lesquelles la goutte et le diabète étaient les seuls antécédents notés.

Il reprend donc l'idée de *Kirby*, en élargissant encore le cadre étiologique donné par cet auteur. Comme pour celui-ci, le diabète et la goutte rentrent dans les manifestations de l'arthritisme, ce serait,

en définitive, cette grande maladie constitutionnelle qui serait la principale sinon l'unique cause de l'affection fibreuse du pénis.

Il faut remonter à trois ans plus tard pour trouver en France un revirement en faveur de l'hypothèse de *Kirby*; jusque-là, les idées de *Ricord* et de *Fournier* régnèrent en maîtresses.

C'est *Verneuil* qui fit à ce sujet une communication à la Société de chirurgie, en 1882. A propos de quatre malades atteints de nodus plastique du pénis, il reprend une idée émise par *Marchal* (de Calvi), défend la théorie arthritique et reconnaît, avec cet auteur, plus spécialement, comme cause la diathèse diabétique. Sur ces quatre malades, trois étaient diabétiques.

Au congrès de Blois de 1884, *Duplony* confirme les idées de *Verneuil* en publiant l'observation d'un malade atteint d'induration dorsale de la verge et dont les urines contenaient du sucre.

Concomitamment, en Angleterre, Sir *J. Pajet* suivant les idées de *Kirby* et de *Cameron*, rattache l'affection à l'arthritisme : « Chez les goutteux, dit-il, la production d'un tissu fibreux qui épaisse et contracte la couche externe de la paroi urétrale, en provoquant de cette manière le rétrécissement, semble avoir le même pouvoir que l'épaississement et la contraction des aponévroses palmaires. On peut comparer plutôt ce tissu fibreux à cet épaissement et à ces parties indurées de la gaine des corps caverneux qui provoque la torsion de la verge pendant les érections, et qui effraie les malades en leur fai-

sant croire à un cancer. Ces couches épaisses du tissu fibreux peuvent être senties des deux côtés ; mais le plus souvent elles occupent la face dorsale du pénis ou la cloison des corps caverneux. Comme elles ne cèdent pas, ainsi que le reste de l'organe, à la pression sanguine qui provoque l'érection, elles tiennent le pénis rigide et courbé, comme dans la chaudepisse cordée. »

Néanmoins, on continua à considérer en France ces indurations comme indépendantes d'un état constitutionnel, jusqu'en 1885. A cette date, *Tuffier* publie une très importante étude sur cette question. Il défend, avec observations à l'appui, les idées de *Verneuil* et des auteurs anglais et montre qu'à côté des indurations de cause traumatique et inflammatoire il faut admettre une classe de nodus fibreux, auxquels il reconnaît comme causes l'âge et le traumatisme.

En 1886, *Mauriac* considère comme très obscure l'étiologie de cette affection, il paraît très influencé par les idées de *Verneuil*, des auteurs anglais et par le travail de *Tuffier* ; il va jusqu'à dire que la syphilis en est rarement la cause ; il accorde au traumatisme et à la blennorrhagie une large part étiologique, mais surtout il admet que l'arthritisme est une cause très fréquente.

Depuis, de nombreux travaux paraissent ; la question est très étudiée, et de toutes parts on publie des recherches dans le sens de l'étiologie et de la pathogénie.

Legalchier-Baron, dans sa thèse sur les manifestations goutteuses du pénis, cite l'induration des

corps caverneux comme une des causes les plus fréquentes.

Polailion publie l'observation d'un arthritique présentant un nodus fibreux.

Delaborde, en 1888, en fait le sujet de sa thèse inaugurale, il recueille vingt-neuf observations et les classe en trois groupes étiologiques qu'il rattache à la goutte, au diabète, à des causes inconnues.

L'évolution des idées est, on le voit, complète, elle est même poussée trop loin, comme toujours.

En 1890, *Mauriac*, dans son livre sur la syphilis tertiaire et héréditaire, incrimine surtout la blennorrhagie.

Puis c'est une série d'observations publiées dans les années qui suivent, sur les organes génito-urinaires, par *Jurquet*, *Delefosse*, *Etienne*, *Batut*, *O'Joux*, *Durand et Père*; nous aurons à étudier à nouveau ces observations ultérieurement.

En 1899, *Merle* soutient à Toulouse sa thèse inaugurale sur le sujet, inspirée par le professeur *Audry*.

En 1901, *Otto Sachs* dans le *Wiener Klinisch Wochenschrift* étudie quatre cas observés dans la clinique du professeur *Neisser* et à ce propos fait une étude très complète de la question.

Enfin en 1902 parut, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une Revue générale très documentée, publiée par *M. Trilliat* et à laquelle nous avons emprunté les détails de cet historique.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Il est difficile de préciser la fréquence de cette affection. On peut dire cependant qu'elle est rare, si on en juge d'après le nombre des cas publiés.

Il faut savoir cependant qu'elle est probablement plus fréquente qu'il n'apparaît d'après l'étude de la littérature médicale. Comme le fait remarquer M. le professeur agrégé *Rochet*, ceci peut tenir à deux causes : d'abord à ce que les malades peu gênés par les symptômes fonctionnels ne se font pas soigner, où à ce qu'ils cachent au médecin une affection qui leur paraît honteuse ou ridicule, et ensuite à ce fait que la lésion passe inaperçue du médecin qui, le plus souvent, en ignore même l'existence.

C'est ainsi que le malade de l'observation IV était soigné à l'Antiquaille depuis plusieurs mois, lorsque, par hasard, il signala l'infirmité dont il était porteur. On crut avoir affaire à un nerveux et personne n'attachait d'autre importance à ses dires. Ce n'est que devant la description précise des troubles qu'il ressentait qu'on se décida à un examen consciencieux de la verge et que fut trouvé le nodus fibreux que nous décrivons plus loin. Il est même évident qu'un médecin non

prévenu n'eût même pas reconnu la relation de cause à effet qui existait entre l'induration et les troubles fonctionnels ressentis. Et, cependant, il s'agissait d'un malade atteint d'affection urétrale que l'on sondait régulièrement. Que serait-ce s'il s'était agi d'un malade atteint d'une affection médicale?

Au point de vue des causes de ces indurations, on peut les diviser, comme le fait M. *Trillat* dans sa *Revue générale*, en deux grands groupes : celles qui sont secondaires à une lésion locale bien établie, et celles qui sont primitives, d'apparition spontanée.

I. — INDURATIONS SECONDAIRES

Avec *Ricord* on peut en décrire de trois ordres :

Les *indurations inflammatoires*.

— *syphilitiques*.

— *traumatiques*.

A. INDURATIONS INFLAMMATOIRES. — Parmi les inflammations locales qui peuvent laisser après elles des indurations, c'est la *blennorrhagie* qui vient en première ligne; la formation du nodus s'explique dans ces cas par propagation de l'infection à la sous-muqueuse et au corps caverneux : il y a d'abord de la péri-urétrite, puis de la cavernite chronique.

Parmi les formes de la blennorrhagie qui donnent naissance à ces nodus, la forme aiguë est la plus

rare; elle n'est signalée dans aucune de nos observations. Par contre, les nodus fibreux succèdent souvent à de vieilles urétrites chroniques donnant un écoulement négligeable, souvent inconnu du malade lui-même, et qui détermine à la longue une infiltration péri-urétrale qui envahit peu à peu l'intérieur des corps caverneux.

Ricord décrit bien cette forme que *Curling*, *Jurquet*, *Echtermeyer* avaient observée. Mais le chirurgien français basa le premier cette étiologie sur des données très précises, et décrit la péri-urétrite comme trait-d'union entre la chaudepisse et l'induration fibreuse.

Il comparait leur formation à celle du retrécissements de l'urètre par inflammation des corps spongieux.

Mauriac également considère que la blennorrhagie vient en première ligne parmi les maladies vénériennes, se basant sur les observations de *Finnger*, *Merle*, *Max Joseph* dont les constatations cliniques, en l'absence de bases anatomiques, montrent les rapports incontestables entre l'inflammation du canal et les scléroses des corps caverneux. Il y a une véritable relation de cause à effet.

Bien que la plus fréquente des maladies inflammatoires, la blennorrhagie n'est pas la seule qui cause ces indurations. La plupart des inflammations péri-urétrales peuvent encore en être la cause.

Nous citerons, à ce propos, pour mémoire l'observation curieuse de *Wemmann*, qui rapporte un cas dans lequel des chancres mous amenèrent un pro-

cessus inflammatoire laissant à sa suite une induration fibreuse.

B. INDURATIONS SYPHILITQUES. — Quelques auteurs ont décrit des indurations survenant au cours de la période primaire, à l'intérieur des corps caverneux ; mais elles ne sauraient rentrer dans le cadre de l'affection qui nous occupe. Il s'agit, en effet, soit des chancres à induration persistante dont le siège n'est pas à l'intérieur des corps caverneux, soit des noyaux de lymphite spécifique, qui n'ont rien de commun avec les indurations plastiques.

C'est surtout à la période tertiaire qu'elles apparaissent, et à une époque très éloignée de l'accident primitif. *Ricord* insistait beaucoup sur ce fait, et *Elsesberg* a publié une observation récente dans laquelle le malade avait eu son chancre vingt ans auparavant.

La lésion consiste en ce que *Ricord* appelait la « cavernosite syphilitique » ; *Zeissl*, la « *cavernitis syphilitica membri virilis* », et *Lang*, « *gombose kavernitis*. »

En Italie, on admet avec *Kaposi* que cette cavermité serait due à des noyaux gommeux qui partent du gland et se développent dans les corps caverneux. Ces noyaux d'abord allongés et répandus dans toute la longueur de la verge, subissent une évolution variable ; ceux qui sont situés dans la partie antérieure au niveau du gland et du sillon balano-préputial ont grande tendance à la résorption et à la guérison spontanée ; les plus postérieurs mettent

longtemps à disparaître ; quelques-uns persistent et donnent naissance à des indurations plastiques.

Malgré l'autorité de *Ricord* et de *Fournier*, quelques auteurs mettent en doute l'existence de ce qu'ils appellent les prétendues indurations syphilitiques. C'est ainsi que *Mauriac*, en 1886, dit n'avoir jamais relevé l'origine spécifique de ces tumeurs. Tuffier se refuse même à leur considérer une origine génitale. On ne saurait être plus absolu.

L'existence de cette variété étiologique n'est cependant pas douteuse ; *Lang* a pu même surprendre sur le fait la transformation d'une gomme en une induration persistante.

D'autres fois, il s'agit de gommes ulcérées qui forment une cavité infectée dont la cicatrisation se fait lentement et laisse après elle une cicatrice déprimée, à parois épaisses, calleuses.

Plus récemment, *Batut* a publié dans les *Organes génito-urinaires* une observation dont la seule étiologie était la syphilis ; un an et demi après le chancre, apparut sur le dos de la verge une tumeur longue de deux centimètres. Sous l'influence du traitement, cette tumeur disparut ; mais dans la suite, il en parut une seconde, en un point voisin, et rebelle à tous traitements. Nous citons *in extenso* ici le violent plaidoyer de *Mauriac* contre la prétendue nature syphilitique de ces tumeurs :

Parmi les affections de la verge qui siègent exclusivement dans les corps caverneux, une des plus bizarres et des plus mystérieuses dans son origine et sa pathogénie, c'est incontestablement celle qui consiste en nodosités,

cordons, bandes ou plaques de tissus fibreux au sein de leur trame érectile. Je croyais autrefois, un peu comme tout le monde, que de pareilles lésions avaient presque toujours la syphilis comme cause unique et directe. Depuis que j'en ai observé et traité un grand nombre de cas, je ne puis plus accepter les opinions reçues, j'ai la conviction que la syphilis n'intervient que très rarement dans l'étiologie de cette étrange affection. Et si je m'en rapportais à mon expérience personnelle, j'irais même plus loin et je dirais : la sclérose des corps caverneux n'est jamais syphilitique. Sans doute on trouve assez fréquemment dans le passé des malades qui en sont atteints des antécédents spécifiques remontant à une époque plus ou moins éloignée. Mais ce que je n'ai jamais rencontré en même temps qu'elle, c'est une de ces filiations ou de ces coexistences d'accidents spécifiques qui suggèrent à première vue l'idée qu'ils sont tous, elles et eux, de même race morbide, de même souche diathésique.

Qu'il y ait ou qu'il n'y ait point de syphilis chez le patient, la sclérose des corps caverneux conserve une physionomie immuable. Son identité résiste à tout, même au traitement le plus spécifique, même au temps qui fait subir de si grandes modifications aux syphilomes. Le tissu qui le constitue n'évolue pas ou évolue peu.

C'est un tissu fibreux qui ne paraît contenir aucune parcelle de ces infiltrats embryonnaires toujours mêlés en des proportions variables au tissu conjonctif des infiltrats syphilitiques.

On dirait que dans la trame érectile il s'est formé un tissu de cicatrice d'emblée, ou d'une façon lente, sourde, insidieuse et sans aucun travail morbide antérieur.

Chose curieuse, la lésion commence et se continue par où les autres finissent. Dès le début, elle se trouve être à peu près, en ce qu'elle a d'essentiel, ce qu'elle sera et restera plus tard, après des années, et cela chez tous les sujets, quelles que soient la différence de terrain constitu-

tionnel et la nature des maladies vénériennes qu'on peut considérées comme sa cause plus ou moins probable.

Un fait qui est très frappant, c'est qu'on voit très rarement la sclérose des corps caverneux, sous forme de *nodi*, de cordons, de plaques fibreuses, coïncider avec aucune des nombreuses variétés de la syphilis génital. Ces organes sont très réfractaires à l'invasion des syphilomes qui se développent dans leur voisinage. Ils leurs résistent et ne se laissent englober que par les infiltrats les plus considérables. Je dis englober et non pénétrer, car je ne suis pas certain que le processus franchisse habituellement la charpente fibreuse du pénis. Il étouffe plutôt l'organe; il l'étrangle, l'asphyxie et le mute ou le détruit par la débâcle ischémique qu'entraîne sa nécroliose foudroyante.

Entre le syphilome et les nodifibreux, il y a donc des différences profondes malgré les apparences. C'est ce qui fait douter qu'ils soient de même origine.

C. INDURATIONS TRAUMATIQUES. — C'est sans conteste, la variété la plus nombreuse. Tous les traumatismes de la verge en érection ou non sont susceptibles de laisser après eux des indurations persistantes.

Le plus souvent, il s'agit des ruptures des corps caverneux pendant le coït. *Buschke* a pu suivre le développement progressif d'une induration chez un jeune homme qui, en état d'ivresse, avait pratiqué des efforts impétueux pendant le coït; il s'ensuivit une hémorrhagie considérable, due à une rupture des corps caverneux. Le malade fut traité avec le plus grand soin; mais quel que fût le traitement employé, l'induration apparut au bout de quelques mois.

La relation étiologique est évidente dans le cas que nous venons de citer, comme dans les deux observations de *Johnson*, où le développement suivit de peu des traumatismes vénériens.

Par contre, il faut accueillir avec beaucoup plus de réserves les cas où il s'agit des simples excès sexuels sans lésion immédiate. Sous ce terme vague, on a caché une ignorance absolue des causes vraies des indurations. Il est, en effet, bien difficile de ne pas faire avouer à un malade des excès sexuels que, par forfanterie, il se plaît souvent à exagérer.

La Peyronie disait bien que dans ces traumatismes bénins, mais répétés, il pouvait se produire des exsudats sanguins qui ne se résorbent pas, laissent un tissu cicatriciel à leur suite, et entraînent des troubles considérables du coït; mais nous verrons que ces exsudats légers sont bien plus fréquents lorsqu'il existe déjà une induration fibreuse avec strabisme pénien : c'est donc les déviations qui la causent, bien plus qu'elle n'est causée par eux.

En dehors des traumatismes au cours du coït, toutes les variétés de traumas du pénis peuvent donner des nodus fibreux, les coups de feu, comme dans le cas de *Bauden*, les cathétérismes violents avec fausses routes, les coupures, piqûres et déchirures. On cite de même partout le cas d'*Horowitz* qui a décrit un nodus fibreux à la suite d'une cavernite du pénis, causée par un coup de pied.

Enfin, les injections poussées trop violemment dans le canal peuvent donner le même résultat; et à ce sujet, *O'Joux* a publié, dans les *Organes génito-*

urinaires de 1895, une remarquable observation : Il s'agissait de deux jeunes gens inexpérimentés atteints tous deux d'une affection gonococienne uréthrale, qu'ils traitent par des injections biquotidiennes de sulfate de cuivre ; or tous deux présentaient à la suite d'une injection énergique un noyau de la grosseur d'une noisette dans l'un des corps caverneux ; le développement se fit sans douleur, sans ecchymose dans les deux cas.

Cette observation a toute la valeur d'une expérience de laboratoire.

II. — INDURATIONS PRIMITIVES

Nous rangeons sous ce titre, toute une série d'indurations que les observations des auteurs modernes nous permettent de considérer comme fréquentes.

Comme on l'a vu, à propos de l'histoire, c'est en Angleterre, que pour la première fois, on découvrit les variations d'indurations apparaissant sans cause locale apparente. Les idées des auteurs anglais furent accueillies avec scepticisme en France, par *Ricord*, *Diday* et *Fournier* ; il fallut toute la valeur de chirurgiens comme *Verneuil* et *Tuffier* pour attirer l'attention des cliniciens sur cette variété d'indurations.

Otto Sachs dans l'article du *Wiener Klinisch Wochenschrift* de 1901, que nous avons signalé au début, attache à ce groupe une valeur clinique et

pathogénique prépondérante. Avec lui, nous diviserons les indurations primitives des corps caverneux, en groupes secondaires, suivant que l'on trouve dans les antécédents la goutte, le diabète, le rhumatisme : ces trois grandes diathèses, que l'on peut ranger avec l'école des *Potain* et des *Tissier* sous le seul titre : l'arthritisme.

Otto Sachs cite encore comme cause d'indurations les infections, la fièvre typhoïde, la leucémie. A côté de ces indurations de cause générale, il faut placer le groupe dans lequel aucun antécédent ne peut être noté, aucune cause locale et générale ne peut être relevée ; le nombre proportionnellement considérable d'observations se rattachant à cette forme mérite qu'on la décrive séparément.

Pour notre part, nos cinq observations se rangent dans ce dernier groupe.

(A) INDURATIONS D'ORIGINE ARTHRITIQUE. (*Goutte, diabète, rhumatisme.*) — Nous avons vu dans l'historique que ce n'est que depuis les travaux de *Verneuil* et de *Tuissier* que l'on a attaché quelque attention en France à la conception diathésique des indurations fibreuses des corps caverneux.

Nous avons eu également occasion de parler des attaques très vives dirigées contre elles, par *Le Fort*, *Trélat*, *Ricord*, *Diday* et *Fournier*.

Malgré une opposition, aussi vive, et soutenue par des auteurs aussi compétents, cette conception est devenue définitivement classique ; *Reclus* et *Légué*, dans les deux *Traité de chirurgie*, lui reconnaissent une existence réelle.

A ce propos, les chiffres donnés par les auteurs sont des plus démonstratifs. Ainsi, sur les trente-cinq observations rapportées par *Tuffier*, dans son *Mémoire*, les antécédents ne sont notés que dans vingt-six cas; or, sur ces vingt-six cas, on relève quinze fois la goutte et onze fois le diabète; on conçoit que certains auteurs comme *Kirby* et *Cameron* n'aient pu rencontrer que des gouteux parmi leurs malades, que *Marchal* (de Calvi) et *Verneuil* n'aient relevé que le diabète dans les antécédents.

On voit, dans ces cas, la force de ces statistiques. Mais il faut se garder, sous prétexte d'esprit scientifique, d'accorder aux chiffres une importance qu'ils ne méritent pas. C'est ainsi que certains auteurs donnent à la goutte une importance considérable, d'autres au diabète, se basant sur une série de cinq gouteux ou de cinq diabétiques présentant des nodosités péniennes. Là comme ailleurs, il faut éviter d'être exclusif et de rapporter l'affection à une seule maladie causale.

Le débat est, du reste, de peu d'importance, car diabète et goutte ne rentrent-ils pas dans une même catégorie : l'arthritisme?

C'est surtout à *Tuffier* que l'on doit la démonstration presque absolue de cette classe d'induration.

Il s'est efforcé, en effet, d'expliquer le mode de formation du nodus plastique sous l'influence de l'arthritisme; il invoque à ce sujet l'autorité de *Vigier*. Depuis cet auteur, on sait, en effet, que la goutte et le diabète localisent leurs manifestations sur le tissu fibreux. C'est là une évolution connue des

affections dites arthritiques. Les preuves de cette assertion surabondent : tophus, rétraction de l'aponévrose palmaire ou plantaire, nodosités fibreuses, rétraction des ligaments articulaires en sont les preuves convaincantes. Avec des faits cliniques aussi certains, est-il besoin de démontrer la possibilité aux tissus fibreux de la verge d'être intéressés ?

Dans cette conception, les nodus des corps caverneux sont des dégénérescences des tissus fibreux, des épaissements localisés de ce tissu, comme on en voit dans les ligaments, les capsules articulaires et les aponévroses des vieillards arthritiques.

Cette façon d'envisager ces lésions paraît bien concorder avec l'évolution même du processus. Comme les rétractions aponévrotiques, elles apparaissent à un âge avancé ; comme elles, leur marche est lente et insidieuse, enfin comme les nodosités articulaires, elles atteignent un volume relativement minime.

Une fois ce volume définitif atteint, elles restent indéfiniment stationnaires sans subir ni dégénérescence maligne, ni ulcération.

Depuis le travail de *Tuffier*, les observations de *Delefosse*, *Etienne*, *Delaborde*, *Merle* démontrent l'existence de cette variété d'indurations.

B. INDURATIONS DES CAUSES AUTRES QUE L'ARTHRITISME. — Celles-ci sont moins bien connues ; on ne les trouve guère signalées que dans le travail d'*Otto Sachs*. Cet auteur rapporte quelques observations dans lesquelles on a décrit certaines de ces tumeurs

succédant à la variole, la fièvre typhoïde, la pyohémie, le typhus abdominal ou exanthématique.

Il est vrai que dans ces cas, il y a une véritable inflammation aiguë des corps caverneux : le membre est en érection continuelle et douloureuse « l'urine et la semence sont parfois rejetées d'une façon continue. » Le tout s'accompagne de phénomènes généraux graves. Localement, on trouve sur la verge une tumeur douloureuse, qui peut parfois s'abcéder.

Otto Sachs rapporte même un cas de leucémie qui s'accompagne, au milieu de symptômes généraux graves, de l'apparition d'une tumeur fibreuse des corps caverneux.

C. — INDURATIONS NE RECONNAISSANT AUCUNE CAUSE LOCALE OU GÉNÉRALE. — Cette classe, d'abord passée sous silence, a trouvé droit de cité, pour la première fois, dans le travail de *Ricord*, qui les place dans la quatrième catégorie des indurations plastiques. Elle est actuellement devenue prépondérante. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question, ont observé des cas dans lesquels il était impossible de noter une cause quelconque.

C'est à ces cas nombreux que *Nélaton* donne le nom de « nœuds des corps caverneux » ; *Ricord* les nomme « ganglions du pénis » ; *Jurquet*, « indurations plastiques » ; d'autres, enfin, « plaques indurées des corps caverneux. »

Les dernières observations publiées par *Sachs* se rapportent, comme les nôtres, à ce dernier groupe.

On trouve bien la blennorrhagie dans les antécé-

dents de quelques-uns de ces malades ; mais la dernière poussée gonorrhéique est séparée de l'induration par des intervalles de temps trop longs pour que l'on puisse voir une relation de cause à effet entre l'un et l'autre.

La syphilis est parfois relevée dans les anamnestiques, mais au moment de l'apparition de la tumeur, on ne trouve aucune trace de syphilis, et tout traitement syphilitique est resté sans effet. *Otto Sachs* a pratiqué sans résultat l'examen du sang.

Signalons seulement pour mémoire l'hypothèse des formations ataviques, formulée par *Lenhossek*. Cette hypothèse est basée sur l'existence, chez certains vertébrés, de formations à l'intérieur des corps caverneux (chien, rongeurs). Mais il s'agit dans ces cas de corps osseux ou cartilagineux et non plus seulement fibreux.

On le voit, les causes les plus variées ont été invoquées, et aucune d'elles ne résista à un examen un peu approfondi.

A *Tuffier* revient le mérite d'avoir posé la question sous un jour tout nouveau : cet auteur, en effet, sur les nombreux cas qu'il a relevés, a montré qu'il y avait un facteur étiologique qui ne manquait jamais : c'est l'âge des malades. C'est toujours après quarante ans qu'apparaissent ces tumeurs spontanées.

Nous verrons à propos de l'anatomie pathologique quel parti *Tuffier* a tiré de cette importante remarque. Des recherches entreprises à ce sujet, et sur lesquelles nous aurons à revenir, lui ont bien montré

que chez les vieillards l'enveloppe des corps caverneux normalement riche en faisceaux élastiques et fibreux, présente une tendance notable à la transformation fibreuse pure.

STATISTIQUE DES DIVERS CAS PUBLIÉS.
FRÉQUENCE RELATIVE DE
CES DIVERSES VARIÉTÉS D'INDURATION

Comme conclusion de ce chapitre étiologique nous donnons une statistique récente due à *Otto Sachs* sur cent quatre-vingt-sept cas qu'il a pu relever dans la littérature. Ces chiffres sont les seuls que nous possédons, nous les donnons intégralement :

Blennorrhagie. . .	17 cas	9 pour 100
Syphilis	22 —	11,7 —
Traumatisme . . .	16 —	8,2 —
Diabète et goutte. .	44 —	23,5 —
Diathèserhumatisme	4 —	2,1 —
Indurat. sans cause.	37 —	19,7 —

On voit donc que par ordre de fréquence, les indurations dites primitives doivent être mises en première ligne : leur grand nombre (85 cas sur 187) suffit à les considérer comme de grande importance.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

SYMPTOMES PHYSIQUES

Les nodosités des corps caverneux sont solitaires ou multiples.

Le plus souvent uniques, on peut en compter plusieurs chez le même malade. *Galligo* en a vu coexister jusqu'à huit dans un seul pénis.

Quand la nodosité est unique, ce qui est le cas le plus fréquent, elle a la forme d'une plaque enchassée dans l'épaisseur de la gaine des corps caverneux, à surface lisse, sans saillie, arrondie ou plus souvent elliptique, suivant le grand axe du pénis.

Les dimensions moyennes sont 10 à 30 millimètres de long sur 10 millimètres de large.

Quand les nodosités sont multiples, elles sont arrondies et se suivent comme les grains d'un cha-pelet. Chez un malade de *Robineau*, les indurations en grand nombre entouraient la verge sur toute sa longueur, et rappelaient au toucher les anneaux de la trachée.

Leur consistance est ferme, dure, élastique, fibro-

cartilagineuse, et c'est à tort que *Dumorquay* leur reconnaît parfois un état mou et flasque qui ne se rencontre que dans les indurations inflammatoires des corps spongieux.

La nodosité peut être médiane ou latérale : elle affecte dans les deux cas les dispositions en chaton de bague, caractéristique.

Quand l'induration débute par les cloisons, elle ne reste pas toujours limitée; ultérieurement et progressivement, elle peut envahir soit un seul côté, soit les deux côtés à la fois. Elle prend alors la forme « d'un papillon dont le corps pénétrerait entre les deux organes érectiles et dont les ailes recouvriraient une partie du corps caverneux (*Delaborde*). »

Tuffier, dont la description est classique s'exprime ainsi : « Ce noyau a la forme d'un coin dont la base répondrait à la veine dorsale du pénis et dont le sommet s'enfermerait entre les deux corps caverneux, absolument comme le corps d'Higmore s'enfonce dans les testicules. De la base de ce coin naissent deux petites ailes semblables aux cotylédons d'une amande, petites ailes qui vont de chaque côté recouvrir, dans une étendue plus ou moins grande, la surface du corps caverneux. Ce n'est pour ainsi dire que la base de la tumeur qui s'est étalée là, au niveau de l'enveloppe des organes érectiles. »

Bien qu'on puisse les rencontrer sur toute la longueur de la verge, leur siège de prédilection est en avant de la symphyse, sur le dos du pénis ou sur la partie moyenne.

Leurs rapports avec les parties voisines sont im-

portants à connaître. La peau est mobile au niveau de ces nodosités ; elle conserve sa souplesse, son épaisseur et sa couleur normales : on peut la faire glisser sans difficulté sur la tumeur, comme sur les autres points de la verge.

Leurs rapports avec la profondeur sont toujours les mêmes en clinique ; elles sont adhérentes ; elles paraissent faire corps avec le tissu érectile : cette adhérence est, du reste, variable suivant la cause originelle de ces tumeurs. Les indurations traumatiques, syphilitiques ou blennorrhagiques ont un point d'implantation profond en plein tissu érectile. Les indurations primitives paraissent plus superficielles, c'est ce qui a fait admettre qu'elles siégeaient dans les enveloppes fibreuses des corps caverneux. Cette opinion n'est pas celle de tous les auteurs ; *Mauriac*, entre autres, admettait que toutes ces indurations, de quelque nature qu'elles soient, ont un siège profond, intra-caverneux.

Le plus souvent la palpation seule la décèle ; leur volume est, en effet, très rarement assez considérable pour qu'on puisse apprécier à la vue un relief sur le dos ou les parties latérales de la verge ; on aperçoit ainsi la peau soulevée comme par une selle, ou dessiner une saillie annulaire, ou bien une série de dilatations multiples.

On pourrait étudier dans les symptômes physiques les déformations produites dans la forme de l'érection par ces tumeurs ; mais, le plus souvent, le médecin ne peut les constater lui-même ; il doit se

rapporter au récit du malade. Voilà pourquoi nous les décrivons à propos des symptômes fonctionnels.

TROUBLES FONCTIONNELS

Ces tumeurs ne sont le siège d'aucune douleur quand la verge est à l'état flasque. Nulle part on ne trouve signalé le symptôme de douleur, soit pendant la formation de ces tumeurs, soit une fois leur grand développement atteint.

C'est ce qui explique que les malades ne s'en aperçoivent le plus souvent que lorsqu'elles sont définitivement constituées et que l'on n'ait aucun renseignement sur leur mode de début.

La palpation de ces masses indurées est également indolore.

Pendant l'érection, au contraire, nous avons à noter des troubles considérables, soit de la forme de l'érection, soit de l'éjaculation, troubles qui s'accompagnent de douleurs vives, comme nous le verrons.

L'émission de l'urine ne s'accompagne d'aucun trouble, elle n'est ni douloureuse, ni difficile. *Demarquay* signale bien des troubles divers de la miction, le jet serait bifide ou trifide, il pourrait même être gêné au point qu'on puisse croire à un véritable rétrécissement de l'urètre, mais il s'agit, dans ce cas, de lésions des corps spongieux ou du gland, qui ne rentrent pas dans notre étude.

Nous allons donc étudier les troubles de l'érection,

de l'éjaculation et du coït qui résultent de ces tumeurs.

1° *Troubles de l'érection.* — C'est la partie la plus anciennement connue de notre étude. Tous les auteurs qui ont observé cette singulière affection, donnent, en effet, des détails très précis sur la façon dont se fait l'érection.

Ces troubles peuvent être de trois ordres :

L'érection est douloureuse, incomplète et avec déviation.

La douleur n'est pas constante, elle n'est pas très vive, et comme le dit *Mauriac*, les malades accusent un sentiment de resserrement, d'étranglement, de constriction, une sorte de douleur crampoïde qui ne cesse que pendant le repos de l'organe.

Le plus souvent, du reste, ce repos ne se fait pas attendre, l'érection cesse en général rapidement. Mais parfois l'érection se prolonge, la douleur devient intense, atroce, intenable. La pratique du coït étant impossible parfois, on se figure bien l'angoisse de ces malheureux, obligés de calmer l'érection par des moyens externes, telles que les compresses d'eau froide, etc.

Heureusement cette forme, que nous pourrions appeler priapique, est rare. *M. Rochet* ne l'a jamais observée chez ses malades. *Rapin*, en un récit humoristique, en a publié un cas dans le *Progrès médical* de 1901. C'est le seul cas que nous connaissions.

La plupart du temps, cependant, la douleur, quoique perceptible, n'est pas excessive, et les malades pourraient la négliger si elle n'était accompagnée de déviations du pénis qui impriment à la maladie un cachet tout à fait caractéristique.

La déviation est parmi les symptômes celui qui a le plus frappé les auteurs. Tous décrivent ses modalités avec force détails.

De la Peyronie, cité par *Tuffier*, a donné une excellente description de la forme que prend le membre viril quand il est distendu.

Si la tumeur siège à l'intérieur du corps caverneux droit, la verge, au lieu de se dresser en ligne droite, décrira un arc dont la courbure sera du côté droit; si la dureté est du côté gauche, la courbure sera du même côté qu'elle.

Mais si au lieu d'être latérale, la tumeur est médiane, la déviation de l'érection se fera suivant la verticale. Son siège est-il à la partie dorsale de la verge celle-ci sera dirigée en haut pendant l'érection; siège-t-elle à la partie inférieure, la courbure se fera vers le bas.

En somme, la courbure est toujours du côté où est la maladie; en voici probablement la raison : l'érection dépend de la dilatation ou des gonflements des cellules des deux corps caverneux par l'apport sanguin; si le flux du sang se fait d'une façon égale dans les deux corps caverneux, leur gonflement étant symétrique, ils concourent à la même action et l'érection se fera en ligne droite; mais si l'un d'eux présente à son intérieur une tumeur ayant envahi un

certain nombre de cellules aréolaires, et comblé leur lumière, on comprend que l'afflux du sang à l'intérieur de ces cellules soit impossible; l'élasticité des parois cellulaires a disparu, et cette portion du corps caverneux « bridée, desséchée, durcie, sera incapable de dilatation, il se fera au moment de l'érection un enfoncement qui sera le centre de la courbure ».

Astruc, dans l'édition française de son ouvrage, parue en 1777, donne également dans le chapitre sur les courbures de la verge une description très précise des modalités que l'on peut observer.

En somme, quand il existe une nodosité, la verge est déviée du côté de la tumeur, elle présente une courbure brusque au point malade; elle « louche », suivant l'expression de *Ricord* qui a créé le terme expressif de *strabisme pénien*.

Ce strabisme peut se faire dans toutes les directions de la rosace des vents; le gland regarde vers le zénith ou vers la ligne d'horizon, suivant les cas.

Mais le plus fréquemment le « strabisme pénien » sera *horizontal* quand le nodus occupera les faces latérales des corps caverneux; il sera dit vertical quand la tumeur siègera sur la ligne médiane.

En pratique, c'est la déviation dans le sens vertical qui est la plus fréquente, l'induration siégeant sur ligne médiane.

L'explication de ces déviations dans le sens vertical n'est plus la même que celle des déviations horizontales.

Pour la plupart des auteurs, sauf *Mauriac*, les

tumeurs médianes qui les produisent siègent exclusivement à l'intérieur des tissus fibreux, c'est-à-dire, de l'albuginée des corps caverneux ; sans envahir les alvéoles des tissus érectiles. Or on sait que dans l'érection normale cette albuginée essentiellement élastique, subit une distension progressive au fur et à mesure de l'apport sanguin. La présence de la tumeur fibreuse empêche la dilatabilité du tissu élastique de la gaine caverneuse, et la verge tirée en un point se recourbe par un mécanisme analogue à celui qui se produit dans la chaudepisse cordée.

Le plus souvent la nodosité siège sur le dos de la verge : celle-ci en érection sera attirée en haut, vers les parois abdominales : c'est la déformation-type.

Cette déviation peut présenter tous les degrés : le gland peut former avec le pénis un véritable angle droit, il peut, comme c'est le cas le plus fréquent, décrire une courbure plus marquée : c'est l'érection en cor de chasse. *Ricord* cite même un cas dans lequel la courbure de la verge était assez prononcée pour que la pointe du gland vienne buter contre le pubis, au voisinage de la racine du corps caverneux ; c'est ce qu'il appelle l'érection annulaire.

Si la nodosité siège, au contraire, à la partie inférieure des corps caverneux, il se produira une érection du gland vers le périnée (si l'on peut appeler cela érection ?), c'est ce que les anciens désignaient sous le nom *d'érectio humilis*.

Quand les tumeurs sont multiples et non symétriques, la verge en érection prend une forme sinueuse et c'était le cas de ce diabétique de 70 ans, cité par

Mauriac, qui écrivait à Poirier : « Venez me voir, je ne sais ce que j'ai, ma queue vrillonne comme celle d'un goret et vous comprenez qu'à mon âge cela me gêne encore souvent. »

Dans certains cas très rares, la verge ne présente aucune déviation, même dans le cas de plusieurs tumeurs coexistantes : cela se produit lorsque les nodus sont disposés symétriquement dans les deux corps caverneux ; les déviations se compensent mutuellement et la verge reste droite.

Enfin, les troubles les plus curieux sont ceux qui *résultent des érections incomplètes*.

C'est à *Ricord* que l'on doit la description de cette variété d'érection.

« Les phénomènes sont tout différents, dit-il, lorsque la nodosité a envahi toute l'épaisseur des corps caverneux : la partie qui est en arrière des noyaux plastiques entre, en effet, seule en érection ; celle qui est en avant reste flasque et mobile ; l'ensemble ressemble assez bien à un fléau. »

Dans d'autres cas, il peut arriver que la rigidité pénienne fasse presque complètement défaut dans un segment transversal compris entre deux nodules situés l'un en avant de l'autre. Dans l'érection, les segments de la verge compris en avant et en arrière des deux indurations se durcissent, tandis que la partie intermédiaire reste flasque ; l'organe semble cassé en deux : les deux parties rigides paraissent se jouer l'une dans l'autre.

On conçoit que l'on ait rarement l'occasion de constater ces déviations de visu et que l'on soit obligé

de s'en rapporter au dire des malades ; mais ceux-ci les décrivent d'ordinaire avec force détails et apportent même des dessins à l'appui de leur explication.

Un des malades du professeur agrégé *Rochet*, observé par M. *Trillat*, à l'Antiquaille, statuaire de son état, a même essayé de prendre le moule de sa verge en érection ; il s'est malheureusement heurté à des difficultés que l'on devait prévoir.

Nous reproduisons plus loin le tracé de sa déviation dont il a pu relever lui-même les contours.

2° *Troubles de l'éjaculation.* — La description précédente permet déjà de concevoir que l'éjaculation soit gênée même lorsque les indurations plastiques sont encore à leur début.

« Quoiqu'il se fasse une effusion de la semence par les vaisseaux éjaculatoires, aussi vive et peut-être aussi sensible que dans l'état naturel, la semence n'est point éjaculée par la verge, elle sort en forme de bave par l'ouverture du gland et cette bave, pour ainsi dire, ne commence à paraître que longtemps après que l'on a senti l'éjaculation intérieure. » (*La Peyronie.*)

A proprement parler, il n'y a plus d'éjaculation, bien que les malades éprouvent encore toutes les sensations agréables qui l'accompagnent. Comme *La Peyronie* l'a bien fait remarquer, il y a d'abord une véritable éjaculation intérieure qui précède l'issue du sperme. Ce n'est qu'après la sensation, quand l'érection a un peu diminué et quand la verge a perdu sa courbure que le sperme s'écoule, mais en bavant.

Tuffier explique ce phénomène de la façon suivante : pendant l'érection, la couture du canal qui l'accompagne détruit la lumière, le sperme éjaculé est retenu par le coude du canal urétral ; il doit attendre pour s'écouler que l'érection diminuant d'intensité, la verge et le canal reprennent leurs formes et leur perméabilité.

3^e *Troubles du coït.* — On comprend que tout rapprochement sexuel soit impossible lorsque les déviations sont un peu accentuées.

A ce point de vue, les auteurs sont unanimes à reconnaître qu'une induration, même de petit volume peut apporter au coït une gêne considérable. Dans certains cas, il est vrai, la déformation est peu accentuée, et l'exercice des rapports sexuels se fait sans peine et sans douleur : mais encore le malade doit-il s'y livrer avec prudence : tout traumatisme pourrait facilement aggraver la lésion au début, et l'obstacle mécanique augmenter rapidement.

A ce point de vue, le siège de l'induration a une grande importance. En effet, la déviation est d'autant plus marquée et le coït d'autant moins praticable que les lésions sont plus rapprochées de la racine de l'organe, que les indurations sont plus volumineuses et plus latérales.

Les légères inflexions qui amplifient simplement la courbure normale de la verge érigée, ne gênent pas le coït ; les courbures plus marquées empêchent jusqu'à l'intromission : il y a dans ces cas *impotentia fecundi* totale.

Mais la déviation n'est pas seule en cause : parfois la douleur qu'entraîne l'érection pousse le patient à éviter les causes qui peuvent l'amener, ou même à les faire cesser au plus tôt.

D'autres fois, l'érection peut ne pas être douloureuse, mais la dureté du pénis peut être telle que le coït devient pour la femme un véritable supplice. L'observation publiée par *Rapin* est très typique à cet égard.

Ce dernier cas est cependant rare, car le plus souvent il y a affaiblissement total ou partiel de la rigidité érectile ; est là une des conséquences habituelles de la sclérose des corps caverneux.

L'état général est le plus souvent intact dans cette affection.

Cependant *Fournier* insiste bien sur la gravité des troubles moraux qu'entraîne cette affection chez les sujets jeunes.

Ces malheureux se lamentent sur leur sort, deviennent nerveux, irritables et tombent dans l'hypocondrie la plus noire.

Leur amour-propre est blessé à vif par le sentiment qu'une pareille affection est trop ridicule pour ne pas prêter à rire.

Guyon cite à ce sujet une observation typique. C'est l'histoire d'un jeune homme âgé de vingt-huit ans, chez qui la déformation était telle que le coït était impossible ; il se livra alors à l'onanisme d'une façon continue ; les masturbations répétées entraînèrent à leur suite des troubles urinaires nerveux

très marqués. Finalement se voyant incurable, il tenta de se tuer dans un accès de mélancolie.

Heureusement l'affection survient souvent chez des gens âgés qui prennent leur parti de leur infirmité et renoncent à la vie sexuelle.

Il est un fait à connaître pour le médecin, c'est que l'incurabilité de la lésion doit faire déconseiller le mariage à tout individu qui en est porteur.

CHAPITRE IV

EVOLUTION, PRONOSTIC, COMPLICATIONS

Il est un fait bien établi maintenant, c'est que ces tumeurs n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.

Les seuls cas de guérison signalés sont ceux des nodus blennorrhagiques apparus au cours de la gonorrhée aiguë, mais ces cas sont rares.

Les indurations syphilitiques peuvent cependant disparaître aussi sous l'influence d'un traitement approprié; mais ceci ne s'observe guère que dans les cas de tumeurs soignées dès leur apparition. Certains auteurs mettent même en doute l'existence de pareils faits : nous avons vu que *Mauriac* allait jusqu'à nier la possibilité d'induration syphilitique; pour lui, les cas prétendus guéris n'étaient pas de véritables indurations.

Quoi qu'il en soit, on comprend que lorsqu'il s'agit de tissu cicatriciel succédant à une lésion gommeuse, le traitement antisiphilitique soit sans action.

Il ne faut donc pas compter sur la guérison et avertir le malade de son incurabilité.

Nous verrons pourtant qu'un arrêt aussi grave que celui de l'impuissance de la thérapeutique ne doit pas être prononcé d'une façon définitive. Vrai il y a seulement quatre ou cinq ans, les résultats qu'ont donnés au professeur agrégé Rochet l'électrolyse et les courants continus permettent de faire espérer au malade sinon la guérison, du moins une amélioration.

Du reste, si la régression spontanée ou thérapeutique ne se produit pas, il est à noter que ces nodosités n'atteignent jamais un volume bien considérable ; la plupart du temps les indurations ont un volume définitif qui ne change pas.

Il peut y avoir apparition de plusieurs tumeurs par poussées successives ; nous avons vu qu'il pouvait en résulter un redressement de la verge, une correction de la déviation et la possibilité de l'intromission du pénis. Les malades n'ont qu'à se féliciter de cette apparente complication.

Les complications graves sont rares.

La dégénérescence maligne n'a jamais été observée. La transformation osseuse de ces indurations, signalée par quelques auteurs, n'est établie par aucune observation précise ; seule, la transformation cartilagineuse semble relatée avec quelque autorité, et encore, dans ces cas, s'agit-il peut-être d'enchondrome des corps caverneux, analogue au cas publié par *MM. Tuffier et Claude*.

Les véritables complications sont celles qui peuvent se produire à la suite du coït ou des manœuvres pratiquées par le malade lui-même.

Ricord a signalé ce fait que les malades ont des tendances à corriger les déviations de leur verge en exerçant des pressions en sens inverse aux extrémités de l'organe. A la suite de ces manœuvres, il se produit des tiraillements au niveau des nodus fibreux inextensibles : ces tiraillements peuvent aller jusqu'à la rupture de quelque aréole du tissu érectile. A cette rupture fait suite un noyau cicatriciel qui ajoute son inextensibilité à celui de l'induration préexistante ; au lieu d'une nodosité, le malade en possède deux qui se confondent : de là une aggravation rapide de ces déviations.

Il est du devoir du médecin d'avertir le malade du danger de ces pratiques qui aggravent une affection par elle-même stationnaire.

Le Pronostic quoad vitam est donc bon pour le malade, puisque l'évolution maligne ne se produit presque jamais.

Il est mauvais *quoad sanationem*, en ce sens que l'affection n'a aucune tendance à la guérison spontanée, comme nous l'avons vu.

Le pronostic dépend bien plus du siège que de l'étendue des lésions. Les indurations de la racine sont à ce point de vue plus graves que celles de la partie moyenne et surtout que celles de l'extrémité du pénis, à volume égal.

Toute la gravité du pronostic vient des obstacles mécaniques que la lésion apporte au coït : il faut donc tenir compte de l'âge et de la situation sociale du sujet. Nulle chez ceux pour qui, suivant le mot de *Ricord*, « l'érection n'est plus qu'une vanité »,

elle peut devenir considérable pour les individus jeunes, qui présentent presque toujours de la faiblesse génitale et de la névropathie hypocondriaque qui, comme on l'a vu, peut parfois les pousser au suicide.

Enfin le pronostic prend une très haute gravité pour les malades mariés. On conçoit quels désordres peut amener dans une union l'apparition de cette infirmité, quelle humiliation souvent pour le mari, quelles privations pour la femme. Sans compter que la véritable impuissance qui en résulte souvent, due à l'impossibilité de l'intromission et à l'absence de l'éjaculation, vient encore aggraver la situation morale du malade qui se trouve réduit, s'il veut avoir des enfants, à tous les aléas de la fécondation artificielle.

Le devoir du médecin est donc de rechercher le moyen de guérir, ou tout au moins d'améliorer, une affection si banale en apparence, si redoutable dans ses conséquences. Il doit se rappeler qu'elle frappe l'homme dans un des sentiments de vanité auxquels il tient le plus : dans sa virilité.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Parmi les questions qui se rapportent à l'étude des indurations du pénis, celle de l'anatomie pathologique est certainement la plus obscure.

Le petit nombre d'examens pratiqués explique le manque de données. Bien peu d'auteurs ont fait l'ablation de ces tumeurs, soit qu'ils aient craint une récurrence, soit que les malades aient refusé toute intervention.

On peut essayer néanmoins de tracer un aperçu rapide sur la macroscopie et la microscopie de ces lésions, bien qu'il soit difficile de démêler dans les écrits des auteurs la part qu'il faut laisser à ce qui est hypothèse ou fait précis. Les éléments de cette étude sont empruntés à la *Revue générale* de Trillat

Etude macroscopique. — Forme. — On peut compter trois principaux types d'indurations : les nodus, les plaques et les cordons.

Les nodus ou tumeurs globuleuses sont habituellement régulières, solitaires ou multiples. Dans ce

dernier cas, elles se réunissent souvent les unes aux autres, de manière à former une sorte de chapelet. Quelques-unes sont munies d'un prolongement caudal arrondi ou aplati, qui s'effile ou se perd dans les tissus sains, et dont la direction, toujours orientée d'avant en arrière, est parallèle à l'axe de la verge.

Les plaques sont plus ou moins épaisses, ovoïdes ou découpées sur leurs bords, isolées ou réunies; elles peuvent être contiguës ou séparées par des intervalles plus ou moins considérables du tissu érectile.

Les indurations en forme de *cordons* sont allongées, tantôt lisses, tantôt moniliformes; le plus souvent situées sur le dos de la verge et sur la ligne médiane. Elles donnent naissance à ce que les Allemands appelaient « *corda venerea* » dans la chaudière cordée.

Nombre et répartition. — Le nombre de ces tumeurs est variable.

Le plus souvent l'induration est unique. Les indurations multiples sont plus rares; elles ne se voient que dans le cas de nodus secondaire.

Leur répartition dans les deux moitiés de l'organe en cas de tumeurs multiples, n'affecte aucune symétrie; quelquefois il y en a plusieurs d'un seul côté, d'autrefois chaque corps caverneux est atteint par la sclérose à peu près au même degré.

Les indurations uniques sont, le plus souvent, médianes, sur le dos de la verge, au-dessous de la veine dorsale superficielle qu'elles soulèvent.

Les indurations multiples, à localisation latérale, sont généralement plus rapprochées des bords des corps caverneux que de la ligne médiane.

Il arrive parfois que les indurations de chaque côté semblent se rejoindre sur la ligne médiane, tant elles sont contigues ; elles peuvent même se réunir réellement ; la figure formée est celle d'une selle posée sur les corps caverneux.

Leur *volume* présente de grandes différences depuis le nodus pisiforme jusqu'aux vastes plaques qui occupent toute l'étendue du dos de la verge.

Leur *consistance*, ferme, élastique, dure, présente le plus souvent une résistance véritablement cartilagineuse qui se distingue très aisément de la mollesse pâteuse de la verge à l'état de repos.

Siège. — A ce point de vue les opinions des auteurs présentent de grandes diversités.

Criveilher, Ricord, Nélaton, Mauriac surtout, placent les tumeurs en plein tissu caverneux, leur siège est très profond, au-dessous de l'albuginie.

Tuffier et Verneuil, au contraire, les font siéger dans l'enveloppe fibreuse ou le septum.

Il semble que l'on puisse prendre parti dans ce débat, et d'après la lecture des nombreuses observations, nous nous croyons autorisé à conclure que le siège varie avec les causes qui les a produites.

Les indurations spontanées siègent dans le septum ou l'albuginie.

Etude microscopique. — Nous laisserons de côté

tout ce qui a trait aux indurations traumatiques ou inflammatoires, il nous faudrait entreprendre toutes les descriptions histologiques des tissus de cicatrice.

Nous parlerons seulement des résultats d'examens pratiqués sur des indurations syphilitiques ou spontanées.

Nodus syphilitique. — On ne connaît qu'un seul examen histologique de cette variété. Il est dû à *Elsesberg* et mérite d'être rapporté en détail.

Il s'agissait d'un individu de quarante ans, ayant eu la syphilis vingt ans auparavant, et qui présentait des gommes du pénis qui avaient entraîné une perte de substance de l'urètre de 2 centimètres.

Dans l'épaisseur des corps caverneux on trouvait deux tumeurs, de la grosseur d'une noisette, dures, non douloureuses entraînant « l'érectio humilis. »

Les ulcérations guérissent sous l'influence du traitement mercuriel, mais les indurations et les fistules urinaires persistent, on dut pratiquer l'amputation de la verge. La section fut faite au travers de l'induration postérieure des corps caverneux, de sorte qu'on put en pratiquer facilement l'examen.

Voici le résultat :

« Les indurations sont formées de tissu conjonctif fibreux, de continuité avec celui de l'albuginée, dans les mailles duquel on trouve une grande quantité de cellules lymphatiques.

« L'*albuginée*, à un faible grossissement, présente une infiltration insignifiante de globules blancs le

long des vaisseaux. Elle est colorée en rouge intense par le carmin et formée de cordons rouges, étroits, disposés en réseaux épais.

Les *trabécules des tissus érectiles* sont pauvres en fibres élastiques ; on constate par place des faisceaux de fibres musculaires lisses. Les aréoles qui sont comprises dans les tumeurs, sont remplacées par des fentes étroites dans lesquelles quelques rares cellules endothéliales sont incluses. Le plus souvent ces fentes sont indiquées seulement par l'accolement et l'épaississement des trabécules.

« Plus on se rapproche du centre des corps caverneux, plus les aréoles redeviennent larges et les globules rouges nombreux à leur intérieur. »

En somme ces tumeurs ne présentent rien de très spécial dans leur structure ; on se trouve en présence des lésions de l'inflammation.

L'origine en est aussi bien dans le système trabéculaire que dans l'albuginée ; il y a une modification prononcée des éléments vasculaires et érectiles : disparition de l'endothélium et soudure des lacunes.

Nodus spontanés ou primitifs. — Nous ne possédons que trois examens histologiques de cette variété d'induration : l'un est dû à *Chetwood*, l'autre à *Leloir*, le troisième à *Taylor*.

Dans ces trois cas, on a trouvé que les indurations essentielles des corps caverneux, étaient le résultat d'une dégénérescence fibreuse de l'enveloppe du pénis.

Sur le nodus enlevé *Verneuil* et examiné par

Leloir, on a reconnu que la lésion était constituée par un tissu analogue à celui des chéloïdes : cellules embryonnaires avec ilot tendant à l'organisation fibreuse, pas de vaisseaux ; travées fibreuses ressemblant à celles des cicatrices.

Chetwood et *Taylor* trouvèrent également un tissu induré, pauvre en vaisseaux, riche en fibres conjonctives ; en somme, il s'agit nettement de tissu cicatriciel.

CHAPITRE VI

PATHOGÉNIE

Nous abordons ici la partie la plus obscure de notre étude, celle peut-être au sujet de laquelle les auteurs ont le plus écrit et celle où nous possédons le moins de faits précis.

Les opinions les plus diverses ont été émises. Nous n'examinerons, bien entendu, que les indurations primitives; les indurations secondaires ont une pathogénie bien connue; nous n'y insisterons pas.

Trois théories ont été émises successivement pour expliquer ces nodus : nous allons les passer successivement en revue.

- 1° *Théorie vasculaire ;*
- 2° *Théorie de la sclérose ;*
- 3° *Théorie fibreuse.*

1° *La théorie vasculaire.* — Ricord expliquait ces indurations par un processus de phlébite plastique. Il se produit d'abord une lésion de l'endothélium vasculaire, puis les aréoles des tissus érectiles s'oblitérent peu à peu, le tissu fibreux succède à l'exhalation plastique et s'organise de manière à faire

obstacle à la pénétration du sang dans les points du corps caverneux où il existe.

Cette théorie de la phlébite spontanée n'explique guère que les indurations inflammatoires, mais n'a aucune valeur pour celles qui viennent sans cause locale, dont le siège est au niveau des enveloppes des corps caverneux.

Nélaton admettait non plus la lésion inflammatoire mais une rupture du tissu érectile, avec épanchement sanguin et induration consécutive.

On lui objecta la formation indolente, l'allure insidieuse, le développement lent, l'absence de tout traumatisme.

Ces deux explications, on le voit, doivent être rejetées pour les indurations spontanées. Elles gardent par contre, toute leur valeur pour les indurations inflammatoires ou traumatiques.

2° *La théorie de la sclérose* a été défendue par Mauriac qui désigne même l'affection sous le nom de *sclérose des corps caverneux*.

Pour cet auteur, la lésion siège dans les trabécules des aréoles du tissu caverneux. Il nie formellement la localisation albuginée, il soutient que dans tous les cas observés par lui, l'induration était plus profonde que ne le disent les auteurs.

Nous ferons remarquer que cet auteur ne donne à l'appui de sa thèse d'autres preuves que ses affirmations : aucun examen anatomique, aucune opération n'a vérifié ses assertions.

3^e *La théorie de la transformation fibreuse.* —

Cette théorie est, sans contredit, la plus scientifique, elle a été défendue par *Tuffier* dans l'article que nous avons eu maintes fois à citer.

C'est la seule théorie pathogénique basée sur des recherches anatomiques précises.

Reprenant une hypothèse écrite antérieurement par *Verneuil*, *Tuffier* place le point de départ de l'induration plastique des corps caverneux dans une dégénérescence de leur enveloppe avec hypertrophie du tissu fibreux, et il considère l'affection comme l'exagération d'un phénomène physiologique.

Si, en effet, chez l'enfant et l'adulte l'enveloppe fibreuse et les cloisons sont minces et souples, chez le vieillard elles deviennent beaucoup plus épaisses et forment un septum dur résistant sous le doigt. L'ensemble représentait une véritable lame rigide placée entre les deux organes érectiles. L'examen histologique de cet épaississement lui permit de constater que chez les vieillards les fibres élastiques tendent à disparaître, alors que, par contre, le tissu fibreux devient prépondérant.

Les indurations spontanées seraient donc, d'après cette théorie, dues à une exagération de la tendance normale, production abondante du tissu fibreux localisée en un ou plusieurs points de l'enveloppe des organes érectiles. C'est ce qui explique que l'on ne trouve dans les antécédents rien autre que l'âge du sujet.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif est facile dans la plupart des cas ; les malades dépeignent bien leur affection ; l'exploration de la verge chez un malade qui accuse une courbure anormale pendant l'érection fait reconnaître de suite le corps du délit.

Deux affections peuvent induire en erreur : les tumeurs du pénis et l'ossification de la verge.

Les nodosités du cancer succèdent presque toujours à une lésion néoplasique du gland ou du fourreau ; les noyaux sont douloureux, même pendant la flaccidité ; ils siègent au centre des corps caverneux, mais deviennent rapidement adhérents à la peau.

Ils ont tendance à s'ulcérer à la longue. Tous ces caractères joints à une augmentation progressive de volume, à l'engorgement ganglionnaire, aux traces de lymphangite cancéreuse permettront d'éviter l'erreur.

Les tumeurs bénignes de toute nature, enchondromes, fibromes, ostéomes et leurs combinaisons ressemblent aux indurations plastiques par leur délimitation nette, le peu de douleur qu'elles déterminent.

On les reconnaîtra cependant à leur accroissement lent, il est vrai, mais progressif, et à leur volume plus considérable que celui des indurations.

L'ossification du pénis donne des symptômes tout différents. La tumeur est de consistance pierreuse et le pénis toujours rigide. Si le diagnostic est hésitant, on devra pratiquer la radiographie qui, entre les mains de *Grummach*, *Buschke*, *Sachs*, a permis d'affirmer l'existence de tissu cartilagineux ou véritablement osseux, suivant qu'il se formait sur l'épreuve une tache noire ou seulement une tache légèrement foncée.

Le diagnostic de la nature de l'induration est souvent beaucoup plus difficile; c'est là le point véritablement délicat du diagnostic.

Nous ne nous attarderons cependant pas à des finesses de diagnostic qui n'ont plus l'importance qu'on leur donnait autrefois.

On sait bien actuellement que ces indurations, qu'elles soient secondaires à la chaudepisse, la syphilis ou au traumatisme; qu'elles soient spontanées ou primitives, ont toutes la même évolution.

Rien ne sert alors d'entreprendre une étude de finesse pour savoir en quoi les indurations goutteuses se différencient des indurations diabétiques.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

C'est bien ici le point le plus délicat de cette étude. Nous avons dit que pour la plupart cette affection est incurable. Nous avons vu les redoutables désordres qu'elle entraîne dans une fonction importante. Il est de notre devoir de discuter consciencieusement, et point par point, tout ce qui a été proposé pour le traitement.

Celui-ci est de deux ordres : général et local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL :

Point n'est besoin d'insister sur le traitement spécifique lorsqu'on soupçonne la syphilis, hâtons-nous de dire, que les cas de guérison sont rares, si tant est qu'ils soient prouvés.

La Peyronie croyait avoir trouvé un spécifique dans les eaux de Barège, qui lui auraient donné trois guérisons persistantes dans des cas regardés comme incurables. Il faut dire que les mêmes eaux n'ont donné aucun résultat à *Ricord* qui pouvait dire :

« J'ai tenté tous les topiques et toutes les eaux, je n'ai jamais obtenu d'améliorations. » .

Les préparations iodées et arsénicales ont été données sans résultat (3 grammes d'iodure de potassium et 3 milligrammes d'acide arsénieux trois fois par jour, en pilules, n'ont produit aucun effet).

Certains auteurs ont cependant noté de l'amélioration par l'iode à l'intérieur, les bains locaux fréquents, l'arséniate de soude et les emplâtres mercuriels.

Reliquet a eu une guérison complète par l'arsenic à l'intérieur et les bains arsenicaux.

Otto Sachs, encouragé par les succès que *Hebra* (de Vienne) avait obtenus par les injections de thiosinamine pour la résolution complète de tissu de cicatrice, essaya, sur les conseils de *Weisser*, des injections sous-cutanées d'une solution à 10 pour 100 de thiosinamine dont on injectait tous les deux jours une seringue de *Pravaz*, mais il n'eut aucun résultat appréciable, bien qu'il fit jusqu'à trente-cinq injections.

Quoique le plus souvent inefficace, le traitement général doit toujours être essayé, il aura souvent les meilleurs effets chez les hypocondraques, les neurasthéniques, en leur permettant d'attendre les bons résultats du traitement local.

TRAITEMENT LOCAL :

Il comprend d'abord tout l'arsenal des substances

émollientes, résorbantes, telles que : onguent gris, onguent à l'iodure de potassium, à l'iodoforme, badigeonnages à la teinture d'iode, les savons salicylés, les enveloppements à l'acide borique.

Les onctions seules seront permises, il faudra proscrire avec soin le massage qui peut amener des ruptures des aréoles du tissu caverneux et aggraver la lésion. Il y a peu d'années encore que devant l'insuffisance de ces moyens locaux, on n'avait plus d'autre ressource que l'intervention chirurgicale. Avant d'arriver à son étude, il nous faut étudier un mode de traitement tout récent et qui semble devoir être proclamé comme très efficace : c'est l'électricité.

TRAITEMENT PAR L'ELECTROLYSE :

Ce traitement a été tenté pour la première fois, par M. le professeur agrégé *Rochet*, sur deux malades, dont l'un après un échec d'extirpation qui avait laissé la verge aussi courbée qu'auparavant.

« L'électrolyse a l'avantage de faire résorber des tissus fibreux pas trop anciens, ou des exsudats encore inflammatoires ; tandis que l'extirpation sur des sujets qui ont une tendance à faire des cicatrices exubérantes analogues aux chéloïdes que l'on voit sur la peau de certains sujets prédisposés, risque évidemment de reproduire de nouvelles cicatrices (*Rochet in Revue générale Trillat*).

Nous avons eu la bonne fortune de revoir le

malade de l'observation IV. L'amélioration qui existait déjà en 1902, cinq mois après le traitement, est à présent définitive, et les troubles de l'érection ont tout à fait disparu.

Le traitement a été le suivant : une série de séances d'électrolyse faites avec de petites aiguilles de platine enfoncées directement au sein de la masse, avec un courant allant jusqu'à 15 ou 20 milliampères, en commençant, du reste, par de faibles intensités, et laissées appliquées sept ou huit minutes.

Le malade de l'observation V est en traitement depuis trop peu de temps pour qu'on puisse publier ses résultats.

Rapin (*Progrès médical* de 1901) essaya lui aussi l'électricité ; il employa les galvanisations. Il fit des séances biquotidiennes pendant six semaines, avec repos de huit jours puis, nouvelles séances avec repos d'un mois. Il obtint une amélioration très notable au bout de cinq mois.

Evidemment, on ne peut, en se basant sur ces deux cas, proclamer l'électricité comme un spécifique de ces indurations, mais il n'en est pas moins vrai que c'est un traitement à essayer sur une vaste échelle, en raison de sa grande simplicité et de l'échec de la plupart des autres.

Enfin nous abordons le TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Il devra être pratiqué en dernier ressort et à ce point de vue, l'étude des divers cas publiés jette le praticien dans une profonde perplexité.

La plupart des chirurgiens proclament son impuissance et parfois même son danger : il accentuerait la lésion primitive, en remplaçant par une cicatrice plus étroite la cicatrice préexistante.

Il a donné un échec à notre maître *M. Rochet*. Cependant récemment *Jalewsky* et *Hübener*, de Dresde, ont tenté de le réhabiliter.

A propos du travail allemand d'*Otto Sachs*, qui déconseille formellement l'intervention chirurgicale, ils publient un certain nombre de cas de guérison définitive chez plusieurs malades qu'ils ont opérés.

Si les cicatrices apparaissent dans la majorité des cas, à la suite de l'intervention, elles n'ont pas le volume des indurations primitives, et elles facilitent le coït.

Nous n'avons pu, malheureusement, nous procurer le travail lui-même, et nous n'avons pu vérifier le nombre de cas opérés et l'état qui précédait l'intervention.

Nous croyons qu'il faut être sceptique sur les prétendues guérisons définitives post-opératoires. Il est du devoir du chirurgien de proposer l'intervention et de la pratiquer toutes les fois que les autres traitements auront été essayés sans résultat.

L'opération consistera en une ablation complète de la tumeur; il faudra avoir soin de ne pas dépasser ses limites pour éviter de créer une cicatrice trop considérable.

A côté des moyens précédemment énoncés, le médecin doit recommander aux malades de ne pas essayer de redresser l'incurvation de leur pénis et

les prévenir des désordres auxquels les exposeraient de semblables manœuvres : rupture de la verge, aggravation de la lésion préexistante. Il devra prévenir également le malade du danger des faux-pas du coït : celui-ci devra être pratiqué prudemment et dans la position la plus convenable pour qu'il n'y ait pas de tiraillements.

Il sera prudent enfin de déconseiller le mariage en avertissant le malade de l'aggravation possible des déviations et de la gêne qu'elles apportent au coït.

Enfin, suivant le mot de *Ricord*, il ne reste le plus souvent au médecin que la ressource de consoler le malade en lui montrant l'innocuité de l'affection.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(In *Revue générale* TRILLAT)

G..., âgé de quarante-huit ans. Ni syphilis, ni blennorrhagie dans ses antécédents. Sujet un peu goutteux.

Porteur d'une petite tumeur du volume d'une petite noisette dans la verge du côté gauche. Cette tumeur siège dans la partie moyenne du corps caverneux gauche, près de son enveloppe fibreuse qu'elle soulève par une petite bosselure arrondie; elle se prolonge dans l'épaisseur du corps caverneux. Elle n'est le siège d'aucune douleur spontanée, mais gêne considérablement l'érection et coude la verge de son côté pendant cette érection, de façon à rendre le coït très difficile.

Rien n'a pu faire disparaître cette tumeur, ni frictions, ni massages, ni iodure de potassium. Le malade ne s'est pas prêté à une opération.

OBSERVATION II

X..., âgé de quarante ans. Marié, père de famille, a eu des blennorrhagies, mais jamais de syphilis. Pas de manifestations arthritiques nettes.

Porteur de deux petits noyaux indurés dans l'épaisseur des corps caverneux, l'un du volume d'un gros pois situé à droite, un peu en arrière du gland, l'autre sous forme de plaque ovalaire sous la capsule fibreuse, du volume d'un haricot, et plus en arrière que le précédent près de la racine de la verge, à droite de la ligne médiane.

Ces noyaux sont parfois, dit le malade qui est assez névropathe, le siège de petites douleurs lancinantes ; leur palpation, même forte, n'est cependant pas douloureuse, un peu plus sensible qu'ailleurs cependant. Leur présence ne gêne pas beaucoup l'érection, comme direction du pénis tout au moins ; mais pendant cet état physiologique, le pénis semble moins gros et légèrement incurvé du côté droit.

Les traitements variés locaux et généraux (iodure, alcalins, pommades) n'ont eu aucune influence sur la résorption de ces produits.

OBSERVATION III

D..., âgé de quarante-cinq ans. Une blennorrhagie assez rebelle dans ses antécédents. Pas de syphilis, pas de goutte. Quelques manifestations de cet état vague et obscur dénommé arthritisme.

Porteur d'une longue et large trainée indurée dans le corps caverneux gauche commençant derrière le gland et s'étendant à deux centimètres et demi environ en arrière, en même temps qu'on la sent s'enfoncer assez profondément dans l'épaisseur du corps caverneux.

Cette dureté déforme la verge, même en dehors de l'état d'érection, et on sent que le pénis est rétracté, et comme tassé à ce niveau. Pendant l'érection la déformation devient considérable, et la verge coudée fait un angle brusque au niveau de la sclérose caverneuse.

L'indication opératoire était ici manifeste, et le malade l'avait acceptée en principe, devant l'échec de tous les traitements médicaux tentés. Malheureusement il n'a pas été revu et nous ne savons ce qu'il en est advenu.

OBSERVATION IV

G... (Rémy), cinquante-huit ans, a été opéré dans le service de M. Rochet pour un abcès périrectal. Il vient à la consultation des voies urinaires, se plaignant de troubles dans l'érection sur lesquels il s'explique très mal. Le canal est libre : sonde n° 20 passe facilement. Un examen plus attentif de la verge montre sur le dos de l'organe une petite tumeur allongée, quadrangulaire, lisse, faisant corps avec les organes érectiles ; la peau est mobile sur l'induration.

Le siège du nodus est à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs ; il présente en avant et en arrière des prolongements durs qui s'avancent sous forme de cordons. Ces appendices se poursuivent en avant jusqu'au gland, et en arrière jusqu'à la symphyse pubienne.

Pendant l'érection la verge est fortement courbée en



haut : la courbure générale est assez régulière et ne forme pas de coudure brusque. Le gland est tourné complètement du côté de l'hypogastre, et le malade dit lui-même que s'il

urinait étant en érection, il se pisserait sur le ventre. Le coït est impossible, depuis deux ans, date de l'apparition de cette tumeur. L'éjaculation est à peu près normale : elle ne se fait pas en bavant ; ce qui tient, sans doute, à la courbure de la verge érigée sans coudure.

Il nous a été impossible de trouver une cause occasionnelle vraiment probante de l'apparition de cette tumeur. Jamais de syphilis ; plusieurs blennorrhagies, il est vrai, mais la dernière remonte à vingt ans ; pas de goutte militaire depuis. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre ; pas de traumatisme. Il n'a pas eu d'attaque de rhumatisme, on ne relève guère qu'une sciatique dans son passé pathologique. Pas de ganglions inguinaux.

Ce malade a été traité, comme nous l'avons dit plus haut, par l'électrolyse au moyen de fines aiguilles.

Après cinq mois de traitements, amélioration évidente.

M. Rochet l'a revu en juin 1904, c'est-à-dire deux ans après la cessation du traitement ; il se déclare actuellement guéri et peut pratiquer le coït.

En somme, très beau succès pour l'électolyse.

OBSERVATION V (personnelle).

T., 47 ans, vient consulter le docteur Rochet, en juin 1904, pour des troubles de l'érection.

Depuis six mois, dit-il, le coït est devenu impossible, la verge se courbant en bas.

Marié à une femme jeune, et jeune lui-même, il supplia le docteur Rochet de le guérir.

A l'examen, on constata sur le dos du pénis, une tumeur allongée, paraissant épaisse de 3 ou 4 millimètres. Cette tumeur a environ 2 cent. 1/2 de long : elle commence en arrière, à la racine des corps caverneux et paraît couchée sur la partie supérieure de la verge.

Son siège est médiane ; la peau est mobile dessus les tumeurs.

La palpation profonde montre que l'induration s'implante dans le septum intercaverneux.

Nulle part, ailleurs, on trouve d'autres nouures, les tissus fibreux sont souples. Pas de craquements articulaires, pas de tophus.

Dans les antécédents on ne trouve rien d'intéressant à notre point de vue : pas de syphilis, pas d'accès de goutte.

Quelques blennorrhagies, mais très anciennes.

Comme traitement, on appliqua sur la verge une plaque à courant continue, recourbée en tuile de toit qu'on appliqua sur le dos de l'organe. Les séances ont vingt minutes de durée ; le courant est porté jusqu'à 30 milliampères.

Vu le peu temps de durée du traitement, le résultat ne peut être publié.

En somme, ces cinq observations viennent augmenter le nombre des indurations du pénis pour lesquelles on ne trouve pas de causes connues. Elles rentrent dans ce groupe important d'indurations spontanées.

L'âge seul des malades permet de concevoir leur mode d'apparition.

BIBLIOGRAPHIE

- AHERN-QUEBEC. — Plastic induration of the corpora cavernosa. *Journal of Dermatology and genito-urinary Diseases*. January, 1899, n° 1.
- ALBERT, E. — *Lehrbuch der Chirurgie*. Vierte Auflage, Bd IV, p. 227.
- BATTLE, W.-H. — Sarkom des Corpus cavernorum penis. *Centralblatt für die Krankheiten der Harn-und Sexualorgane*. Von Nitze-Observatlander. Bd XI, Heft 3, p. 157.
- BATUT, L. — Induration syphilitique des corps caverneux. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 441.
- BÉRARD. — Dictionnaire en 30 vol. Article pénis (ganglion du pénis).
- BRÉGEAT. — Gommès du Pénis. *Annales de Dermatologie et Syphilis*, 1886, p. 773.
- BULKLEY. — Discussion. *Archives of Dermatology*, 1875-1876. Bd II, p. 47.
- BUREN UND KEYES. — Referat über Chronisch umschriebene Entzündung des Corpus cavernosum penis. *Archives für Dermatologie und Syphilis*, 1875, p. 572.
- CAMERON. — Société médico-chirurgicale de Glasgow, 8 octobre 1879.
- COCHRANE WILIAM-R. KNOXVILLE. — Ein Fall von Chronischen Entzündung und Induration des Corpus cavernosum. *New-York medical journal*, Bd 1899, April.

- CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique*, t. III.
- CULLERIER, M. — Maladies vénériennes. Induration des Corps caverneux, 1866, p. 72.
- DELABORDE. — Induration des corps caverneux. *Archives de Dermatologie et de Syphilis*, 1898, vol. XX, p. 432.
- DELEFOSSE. — Observation d'induration des corps caverneux. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 506.
- DEMARQUAY. — *Traité des maladies de la verge*, Paris, 1877.
- DIDAY. — *Gazette médicale de Paris*, 1850.
- DUPLOUY. — *Congrès de Blois*, 1884. Association pour l'avancement des sciences.
- DUBUC. — Induration plastique des corps caverneux. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1890, p. 181.
- DURAND. — Note sur trois observations d'induration des corps caverneux. *Annales des organes génito-urinaires*, 1896, p. 181.
- ECHTERMAYER. — Induration in corpus cavernosum penis. *Dermatologische zeitschrift*, 1899, Bd VI, p. 730.
- ENGLISCH. — Penis. *Eulenburg's Real-encyclopädie*, Bd. XVIII.
- FORGET. — *Bulletin Société chirurgie*, t. II, p. 262.
- FOUCART. — Induration des tissus érectiles. *Archives de Dermatologie et de Syphilis*, 1889, 21^e année, p. 846.
- FOURNIER. — Syphilis testiculaire. *Journal de l'Ecole de médecine*, 1875, p. 125.
- GALEWSKI. — Operativ. behandlung des plaques indurées du pénis, in *Munchener Méd. Wochensch.*, 1902 (in *Organes génito-urinaires*, 1903, p. 1034),.

- GOSSELIN. — Organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, *Anomalie des corps caverneux*, p. 425.
- GULLIGO. — *Gazette médicale di Torino, Analyse des Gazettes médicales*, Paris, 1852.
- HEBRA jun. (Wien) Vorläufige Mittheilung über die Wirkung des Allylsulfocarmids (Thiosinamin) bei subcutaner Einverleibung. *Archives für Dermatologie und Syphilis*, 1892, p. 1014.
- HOFFMANN, E. — *Leherbuch der gerichtlichen Medecin*. 1893. Sechste Auflage, p. 54.
- HUTCHINSON. Miscellaneous. — *Archives of Surgery*, p. 378.
- JADASSOHN. — *Die Entzündungen der Corpora cavernosa. Ebstein und Schwable, Handbuch der praktischen Medecin*. Erster Theil, Bd. III, p. 834.
- JURQUET, M.-E. — Note sur un cas d'induration plastique des corps caverneux. *Annales de maladies des organes génito-urinaires*, 1893, t. XI, p. 831.
- KAPOSI. — *Pathologie und therapie der Syphilis*, 1891, p. 285.
- KAUFMANN. — Verletzungen und Krankheiten der Männlichen Harnröhre, *Billroth und Luecke, Deutsche Chirurgie, Lieferung*, 50 a., p. 241.
- KIRBY. — *Analyse in Gazette médicale*, Paris, 1850, p. 676.
- KOCHER. — *Krankheiten der männlichen. Geschlechtsorgane*. Auflage, 1887, p. 600.
- KONIG. — *Lehrbuch des speciellen Chirurgie für Aerzte und Studirende*. Zweite Auflage. Bd. II, p. 417.
- LANG, E. — Derbes Infiltrat der Glans und Corpora cavernosa. *Jahrbuch der Wiener K. K. Krankenanstalten*, 1895, VI Jahrgang.

- LANG, E. — *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis*. Auflage, 1899, p. 329.
- LA PEYRONIE. — *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*. T. I, p. 425.
- LEBERT. — *Handbuch der Krankheiten des Harnapparates. Ziemssen Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie*. Bd. IX/2, p. 324.
- LEHNOSSEK, V. — Knorpelähnliche und Wahre Knochenbildung im männlichen Gliede eines Erwachsenen. Virchow's. *Archive für pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medicin*. Bd. LX, p. 1.
- MACKIE. — Ein Fall von Priaspismus. Virchow und Hirsch. *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Gesamten Medicin*. Bd. 1872, II, p. 196.
- MAURIAC. — Sclérose des corps caverneux, *Gazette Helvétique de Médecine et de Chirurgie*, 1886, p. 602, 619 et 636.
- MERLE. — Contribution à l'étude de l'induration des corps caverneux et des os du pénis. *Annales du Pénis et de la Syphilis*, 1899, n° 11.
- NEUMANN. — I. *Syphilis*, 1896, p. 274.
- NEUMANN. — *Blennorrhagische Erkrankungen*, p. 82.
- NEUMANN. — Über Priaspinnus und Cavernitis. *Virchow und Hirsch jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesamten Medicin*. Bd. 1882, II, p. 209.
- NEUMANN. — Cavernitis Vorhandlungen der Wiener dermatologischer Gesellschaft vom 8 mai 1891 und 22 novembre 1893. — *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 832, und 1894, p. 93.
- O'Joux. — Deux cas de nœuds des corps caverneux.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1896, p. 38.

PÈRE M. (Toulouse). — Sur un cas d'induration des corps caverneux. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, par Fournier. Avril 1899, n° 4, p. 219.

POSNER C. — Ein Fall vom « Plaque indurée » am Penis. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1899, n° 24.

POUSSON. — Tumeur d'un corps caverneux. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899, p. 617.

PAGET. — *Clinique de Paget*. Préface de Verneuil.

RAPIN. — Un cas d'induration plastique des corps caverneux. *Progrès médical*, 21 septembre 1901, p. 183.

RASORI (ENRICO). — *Supra una complicazione non comune della blennorrhagia*. Lettura fatta alla società lancisiana di Rôma, dal sociodottore Enrico Rasoli, ainto d'ell istituto sifilipatico, 1882.

RICORD. — *Gazette des hôpitaux*, 1847.

ROBINEAU. — Calcification des corps caverneux. *Im Centralblatt für die Krankheiten der Harna und Sexualorgane von Nitze Oberländer*, Bd VIII, p. 569.

ROKITANSKY. — *C. Lehrbuch der pathologischen Anatomie*. Wien 1861, Bd VII, p. 410.

OTTO SACHS. — Vier Walle von sogenannten « plastischen induration » des Corpora cavernosa Penis. *Wiener Klinisch. Wochenschrift*, 1901, p. 111.

SALZER, F. — Ein Fall von lang dauernden Priaspismus nebst Bemerkungen über die Beziehungen zur Lenkämie. *Virchow und Hirsch Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der Gesamonten Medicin*, Bd., 1879, II, p. 229.

SCHOLZ, Wien. — Ueber Infiltration der Schwelkörper des männlichen Gliedes. *Schmidt's Jahrbücher*, Bd., C. II, p. 33.

TAYLOR. — Discussion. *Archives of Dermatology*, 1876-1877, Bd., III, p. 335.

TAYLOR. — Fibroid Sclerosis of Corps cavernous. *Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases*, april 1897.

TRILLAT. — Les indurations et tumeurs fibreuses des corps cavernous de la verge. Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 20 septembre 1902.

TUFFIER. — Indurations des corps cavernous. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885.

TUFFIER et CLAUDE. — Chondrome des corps cavernous. Extirpation. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 898.

VERNEUIL. — *Société de chirurgie*, t. VIII, p. 826.

VAN BUREN et KEGES. — *A practical disease of the genito-urinary organ*, New-York, 1874.

ZEIZZL, H. — *Lehrbuch der Syphilis und der örtlichen venereischen krankheiten*. Fünfte Auflage, p. 112.

CONCLUSIONS

I. Les indurations des corps caverneux sont constituées par la transformation partielle en tissu fibreux du tissu érectile de ces organes. Transformation qui prend la forme de noyaux et de plaques.

II. Les causes de cette affection, considérées comme très obscures autrefois, sont bien connues actuellement : les unes sont secondaires à la syphilis, la blennorrhagie et le traumatisme. Les autres sont primitives et apparaissent chez des gens d'âge moyen, parfois diabétiques ou gouteux.

III. Le développement de ces indurations se fait d'une façon lente et insidieuse, à l'insu du malade.

Les symptômes consistent dans des déviations, des incurvations, des déformations de la verge pendant l'érection.

Outre les déformations pendant la turgescence, il y a diminution dans le calibre de l'organe, troubles de l'éjaculation, et parfois affaiblissement de la rigidité érectile et collapsus génital.

IV. Il en résulte des troubles graves qui empêchent le coït et exercent surtout une action psychique fâcheuse sur le moral des malades.

Cette affection a été considérée longtemps comme incurable : le traitement par l'électricité a amené, d'après nos observations, des améliorations évidentes.

VU :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 29 juillet 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

LYON

IMPRIMERIE DU SALUT PUBLIC

71, rue Molière.

45.892

